

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THESE

N°

1071

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jacques PIERSON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Avril 1932, à MEZIERES (Ardennes)

Présentée et soutenue publiquement le

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES
SUR LE PNEUMOTHORAX SPONTANÉ
DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE
A propos de cinquante observations

Président : Monsieur Etienne BERNARD (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI°

1962



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jacques PIERSON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 5 Avril 1932 à MEZIERES
(Ardennes)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

CONSIDERATIONS CLINIQUES SUR LE

PNEUMOTHORAX SPONTANE DE

L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE

A PROPOS DE CINQUANTE OBSERVATIONS

--:--

Président : Monsieur Etienne BERNARD (Professeur)

--

D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne

PARIS

1962



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BUL-
LIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C),
DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HA-
ZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G),
LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P),
MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P),
OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS
(D), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A),
TANON (L).

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR Jean VERNE

2e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I - PROFESSEURS

1^o - CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F)
	{ SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAUILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène et médecine préventive	JCANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)

	MM.
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique gé- nérales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obste- tricale	LEPAGE (F)
Physique médicale	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirur- gie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel:

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Embryologie	TUCHMANN (H)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Parasitologie	BRUMPT (L.C)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirur- gicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M)
(Beaujon	LORTAT-JACOB (J.L)
(Cochin	LEGER (L)
Cliniques chi- (Hôtel-Dieu	PATEL (J)
urgicales (Pitié	CORDIER (G)
(Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	SICARD (A)
(Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédi- que et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire (Broussais)	E. de GAUDART d'ALLAINES

MM.

Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut	LENEGRE (J)
(Broussais	SOULIE (P)
(Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales (Cochin	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
(Lariboisière	SEZE (S.de)
(Pitié	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)

MM.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent- de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie mé- dicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirur- gicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A).
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirur- gicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H)
	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C)
	(GOUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle I
	(pr.s.ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	(CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	(KERN (E.) VOURC'H (G) BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUIH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	(BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	(CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	(LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	(COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	(BESANCON (F) CORNET (A) BOYER (J)pr.s.ch.
Hygiène	(BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R) DUPONT (V)

MM.

	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
	(FOURNIER (E)
Médecine légale	(GUENIOT (M)
	(HADENGUE (A)
Médecine du travail	(ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	(PERTUISET (B)
	(CRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(Le LORIER (G)
	(LEVY (J)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(SENEZE (J)
	(SUREAU (C)
	(THOYER-ROZAT (J)
	(BREGEAT (P)
Ophtalmologie	(DUBOIS (A)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(MEARY (R)
	(POSTEL (M)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-Laryngologie	(DEBAIN (J)
	(PIALOUX (P)
Parasitologie	(GOLVAN (Y)
	(LAPIERRE (J)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CERBONNET (G)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch.)
Pathologie chirurgicale	(DUPOST (Cl.)
	(FAUREL (J)
	(FLABEAU (F)
	(GARBAY (M)
	(GARNIER (H)
	(Cl.de)GAUDART-d'ALLAINES
	(GERMAIN (A)
	(LATASTE (J)
	(LEVEQUE (B)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale	(NATALI (J)
	(PELLERIN (D)
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
Pathologie exotique	(THOMERET (G)
	(SCHNEIDER (J)
	(BENHAMOU (J.P)
	(BERTHAUX (P)
	(BOIVIN (P)
Pathologie expérimentale	(CROSNIER (J)
	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(MIKOL (Cl)
	(RICHTT (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CATINAT (J)
	(CHRETIEN (J)
	(COBLENTZ (B)
	(CONTAMIN (F)
Pathologie médicale	(COURY (C)
	(ETIENNE (J.P)
	(FREZAL (J)
	(FRITEL (D)
	(HENNEQUET (A)
	(HIMBERT (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(MOREAU (L)
	(NICK(J)
	(ROYER (P)
	(TOURNEUR (R)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE (J)
	(LEPERCQ (G)
	(MANDE (R)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	(MOZZICONACCI (P) POLONOVSKI (C) ROSSIER (A) VIALATTE (J)
Pharmacologie	(BOISSIER (J) LECHAT (P) BARRES (G) DEJOURS (P) DURAND (J) GIRARD m.conf. HUGELIN (A) SCHERRER (J)
Physiologie	(CHANTEUR (J) GOUGEROT (L)m.conf. pr.s.ch. GREMY (F.)m.conf. MILHAUD (G) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.Cl) TUBIANA (M) m.conf.
Physique médicale	(KREIS (B) MEYER (A) RENAULT (P) PICHOT (P) DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H) LAPRESLE (J) DELBARRE (F)
Pneumo phtisiologie	(CERNEA (P) CHAPUT (Eme A.)m.c.agr. GRELLET (M)
Psychiatrie	(CHASSAGNE (P) LAMOTTE (M) MARCHE (J) AUVERT (J)
Psychiatrie infantile	(MOULONGUET (A) QUENU (I)
Rhuzatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Anatomie	MM. DEPEYRE (J)
----------	--------------------

MM.

Clinique chirurgicale	{ ABOULKER (P)
	{ AMELINE (A) pr.s.ch.
	{ VERNE (J.M)
Clinique médicale	{ PERRAULT (M)
	{ RAMBERT (P)
	{ THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	{ GRASSET (J)
	{ MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	{ DESVIGNES (P)
	{ OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE { BOLTANSKI (E) ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	} M.le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle DUMAITRE (P)
	{ Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	{ Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)
	{ QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 decembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser-
tations qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

En témoignage de mon affection.

A tous les Miens,

A tous mes Amis.

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Etienne BERNARD,

Professeur de Clinique de Pneumo-
phtisiologie à la Faculté de
Médecine de Paris,

Médecin de l'Hôpital Laënnec,

Membre de l'Académie Nationale de Médecine,
Commandeur de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse.

En témoignage de notre
profonde admiration.

A Monsieur le Docteur Jacques WEIL,
Assistant de Pneumo-Phtisiologie à
l'Hôpital Laënnec,
Médecin-Chef du dispensaire O.P.H.S.,

Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse, guidé
dans sa réalisation et
près duquel nous avons
toujours trouvé un ac-
cueil bienveillant et
des conseils éclairés.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre reconnaissance.

A nos Maîtres d'Externat,

Monsieur le Docteur P. ISCH-WALL,
Monsieur le Docteur A. RUBENS-DUVAL,
Monsieur le Professeur J. OLIVIER,
Monsieur le Docteur G. GRENINGER,

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
de Paris.

CONSIDERATIONS CLINIQUES SUR LE
PNEUMOTHORAX SPONTANE DE L'ADOLESCENT ET DE L'ADULTE
A PROPOS DE CINQUANTE OBSERVATIONS
-:-:-

INTRODUCTION

-:-

L'accroissement actuel du nombre des malades porteurs d'un pneumothorax spontané, rencontrés dans les services de pneumophtisiologie, confère un intérêt tout particulier à cette affection et nous paraît justifier ce travail au cours duquel seront rapportées cinquante observations concernant des sujets adolescents et adultes, recueillies à la Clinique de la Tuberculose.

Après un bref chapitre consacré à l'évolution des idées relatives à son étiologie, nous résumerons ces observations que nous avons classées en trois groupes :

- Pneumothorax spontané sans antécédents pulmonaires (accident unique et pneumothorax récidivant)
- Pneumothorax spontané chez des sujets atteints d'affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses
- Pneumothorax spontané et tuberculose.

Le dernier chapitre sera consacré à une analyse clinique, étiologique et thérapeutique de ces observations.

-:-

HISTORIQUE

-:-

Sans vouloir retracer l'histoire du pneumothorax spontané, étude déjà menée à bien par de nombreux auteurs, en particulier dans la thèse de CARRAUD (Paris 1952), nous voudrions, brièvement, mettre l'accent sur l'évolution des idées relatives aux problèmes étiologiques posés par cette affection.

Après la description princeps par ITARD, en 1803, et la magistrale étude clinique de LAENNEC en 1819, l'étiologie du pneumothorax spontané fut très rapidement, sous l'influence des travaux de LOUIS, TROUSSEAU, BEHIER, PROUST et POTAIN, rapportée, en ce qui concerne l'immense majorité des cas, à la tuberculose.

Les classiques statistiques de BIARCH et WEST confirment cette donnée, avec 80 p.cent de pneumothorax tuberculeux.

Dès 1929, à la suite de GALLIARD, LEREBoulLET, puis COURCOUX, PRUVOST, OLBRECHTS attirèrent l'attention sur la fréquence du pneumothorax idiopathique ou relevant d'affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses, de telle sorte que, des 1949, MEYER constate l'inversion de leur fréquence respective, constatation confirmée par les travaux ultérieurs : statistique de MATTEI et LAVAL (1955), conclusions de JARNIOU et MOREAU (1956), statistique anglaise de MAC CARTHY, américaine de MYERSON,

BRIGGS, MARRANGONI.

Ainsi, la place du pneumothorax spontané tuberculeux semble s'amoinrir d'année en année.

OBSERVATIONS

-:-

1 - Pneumothorax spontané sans antécédents pulmonaires (28 observations)

A - Accident unique : 15 cas

Observation n°1 : DA... Guy 31 ans

- . Absence d'antécédents pulmonaires
- . Début brusque en avril 1957, le matin au réveil par une dyspnée intense sans autre signe fonctionnel - apyrexie.

V.S. : 3-10

Cuti-réaction : +

bacilloscopies : -

- . Radiographie : PNO généralisé gauche avec rétraction pulmonaire totale.

. Le malade sort après 3 semaines d'hospitalisation - retour du poumon à la paroi après 3 exsufflations, seule persiste une hyperclarté du sommet avec cul-de-sac émoussé.

Revu ultérieurement (mai 1958) le malade ne conserve aucune séquelle de cet épisode.

Observation n°2 : LO... Julien 31 ans

- . Absence d'antécédents pulmonaires
- . Début brutal en février 1958 lors d'un effort de toux par un coup de poignard thoracique

gauche avec dyspnée modérée - apyrexie

V.S. : 5-15-103

I.D.R. à 50 Unités : -

bacilloscopies : -

- Radiographie : PNO gauche generalise avec rétraction pulmonaire complète, légère déviation médiastinale.
- Le malade après 3 semaines d'hospitalisation, réexpansion pulmonaire spontanée complète avec petite réaction liquidienne.

Observation n°3 : SE... Henry 33 ans

- Pas d'antécédents pulmonaires.
- Début brutal en septembre 1960 par une douleur hémithoracique droite, angoissante avec dyspnée
Cut-i-réaction : +
bacilloscopies: -
- Radiographie : hyperclarté thoracique droite, le poumon reste à la paroi au niveau de la base.
- Le malade sort apres 15 jours d'hospitalisation - réexpansion pulmonaire spontanée, complète.

Observation n°4 : BE... Jean-Claude 18 ans

- Cliché pulmonaire normal deux mois avant l'accident
- Début brutal, en avril 1955, par un point de côté thoracique droit avec dyspnée intense, sans fièvre
V.S. 2-7-90
I.D.R à 50 Unités : -
1 tubage +, 2 négatifs

- Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire complète, légère déviation médiastinale.
- Le malade sort après 12 jours d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire spontanée, le poumon est encore distant de 2 centimètres de la paroi.

Observation n°5 : CA... Bernard, 31 ans

- Pas d'antécédents pulmonaires
- Début pendant le sommeil, en mars 1962 : point de côté thoracique gauche, dyspnée modérée, frisson, poussée fébrile à 37°8 V.S.: 3-7-95
- Radiographie : hyperclarté thoracique gauche avec moignon à 3 centimètres de la paroi.
- Le malade sort 15 jours après son admission. 4 exsufflations ont provoqué le retour à la paroi, seule persiste une clarté localisée au sommet et le long de la ligne bordante axillaire.

Observation n°6 : CH... Henry, 54 ans

- Antécédents : coxarthrose bilatérale
- Début brutal en janvier 1961, par un point de côté thoracique droit avec dyspnée intense, sans fièvre. V.S.: 38-60-90
bacilloscopies : -
bronchoscopie et épreuves fonctionnelles pulmonaires normales après réexpansion pulmonaire.
- Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire importante.

. Le malade sort après 3 semaines d'hospitalisation, réexpansion pulmonaire complète après une exsufflation.

Observation n°7 : GA... Alfio, 24 ans

- . Antécédents : ulcère bulbaire
- . Début brutal lors d'un effort, en octobre 1960, par un point de côté thoracique droit avec dyspnée, sans toux ni fièvre
V.S.: 2-5-87
Cuti-réaction : +
bacilloscopies : -

. Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire importante, discrète réaction liquidienne

. Le malade sort après un mois d'hospitalisation - retour du poumon à la paroi après 4 exsufflations, seul persiste un petit épanchement gazeux du sommet.

Observation n°8 : SA... Liaou-Jean, 24 ans

- . Pas d'antécédents pulmonaires
- . Début brutal en février 1957 par une violente douleur thoracique gauche avec dyspnée intense - pas de fièvre
V.S. : 3-8
Cuti-réaction : +
bacilloscopies : -

. Radiographie : PNO généralisé gauche avec rétraction pulmonaire importante

. Le malade sort sur sa demande neuf jours après son admission. Réexpansion pulmonaire minime après deux exsufflations, petite réaction liquidienne.

Observation n°9 : AU... André 24 ans

- Radiographie pulmonaire normale 3 mois avant l'accident actuel.
- Début pendant le sommeil en avril 1957, dyspnée modérée avec douleur hémithoracique droite diffuse, sans fièvre.
V.S. : 1-3-95
Cuti-réaction : -
bacilloscopies: -
- Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire complète
- Le malade sort 5 jours après son admission 3 exsufflations ont amené la réexpansion pulmonaire, seule persiste une clarté localisée du sommet.

Observation n°10 : BO... Daniel 24 ans

- Pas d'antécédents pulmonaires.
- Début brutal en septembre 1956, lors de la descente d'un escalier par une douleur hémithoracique droite avec dyspnée intense, toux quinteuse, pas de fièvre.
V.S. : 8-13-88
Cuti-réaction : +
bacilloscopies: -
- Radiographie : hyperclarté hémithoracique droite, le moignon pulmonaire est à environ cinq centimètres de la paroi.
- Le malade sort après 5 jours d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire incomplète après 1 exsufflation - discrète réaction pleurale.

Observation n°11 : DU... Nicolas 21 ans

- . Pas d'antécédents pulmonaires.
- . Début progressif en novembre 1959 par une gêne respiratoire discrète avec toux sèche, asthénie, pas de fièvre.
V.S. : 24-47-105
Cuti-réaction : +
bacilloscopies : -
Epreuves fonctionnelles normales après réexpansion.
- . Radiographie : hyperclarté hémithoracique gauche, le moignon pulmonaire est à 3 centimètres de la paroi
- . Le malade sort après 9 semaines d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire complète après 2 exsufflations.

Observation n°12 : TR... Maurice 49 ans

- . Absence d'antécédents pulmonaires.
- . Début lors d'un effort, en décembre 1959, par une douleur hémithoracique droite avec toux quinteuse, dyspnée modérée, pas de fièvre.
bacilloscopies : -
- . Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire complète, comblement du cul-de-sac diaphragmatique.
- . Le malade sort après réexpansion pulmonaire complète par drainage avec aspiration continue, 2 exsufflations n'ayant entraîné aucun résultat.

Observation n°13 : GI... Antoinette 20 ans

- . Pas d'antécédents pulmonaires

- . Début progressif, en avril 1961, par asthénie, toux sèche, point de côté thoracique droit sans dyspnée ni fièvre.
I.D.R. à 50 unités : -
bacilloscopies : -
bronchoscopie normale
- . Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire complète, discrète réaction liquidienne, image bulleuse importante de la corticalité pulmonaire
- . La malade sort sur sa demande après 3 semaines d'hospitalisation - réexpansion pulmonaire médiocre après plusieurs exsufflations, une intervention a été refusée.

Observation n°14 : CA... José, 50 ans

- . Absence d'antécédents pulmonaires
- . Début brutal en juin 1960 par une douleur épigastrique en barre suivie d'un point de côté thoracique gauche intense avec dyspnée, apyrexie.
V.S. : 3-10-80
bacilloscopies : -
Epreuves fonctionnelles après réexpansion pulmonaire : déficit ventilatoire de 10 à 15 p.cent, imputable à la cyphose et à une broncho-pneumopathie chronique sans emphysème caractérisé.
- . Radiographie : PNO généralisé gauche avec rétraction pulmonaire complète
- . Le malade sort après 15 jours d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire complète après 4 exsufflations - en avril 1961 on note l'absence de séquelles mais l'existence sur les radiographies d'une image bulleuse du sommet gauche.

Observation n°15 : MA... Marcel 17 ans

- . Pas d'antécédents pulmonaires.
- . Début, en juin 1960, après un voyage en scooter par une violente douleur de la base droite avec dyspnée, sans fièvre.
V.S. : 2-6-130
Cutiréaction : -
bacilloscopies : -
- . Radiographie : PNO généralise droit; bride du sommet, possibilité de petites bulles d'emphysème au niveau du lobe supérieur droit.
- . Le malade sort 17 jours après son admission. Réexpansion pulmonaire totale, rapide, après une exsufflation.

B - Pneumothorax récidivant : 13 cas

Observation n°16 : RU... Xavier 31 ans

- . En trois ans apparition de trois pneumothorax spontanés du sommet gauche, débutant chaque fois sans prodromes par un point de côté thoracique avec dyspnée et radiologiquement un épanchement gazeux du sommet gauche.
- . Lors des trois épisodes résolution spontanée de une quinzaine de jours avec discrète réaction liquidienne.
- . Le malade entre dans le service en juillet 1959 pour talcage de plèvre décidé devant l'accroissement de la dyspnée à chaque nouvelle récurrence.

Observation n°17 : RO... Marguerite 45 ans

- . Antécédents :
 - hystérectomie totale pour polymitose il y a 1 an
 - emphysémateuse depuis une dizaine d'années

Décembre 1954 : PNO spontané droit - réexpansion spontanée

mars 1955 : PNO droit - 2 exsufflations - injection intra-pleurale de sang.

juin 1955 : PNO droit - réexpansion spontanée, discrète réaction liquidienne.

- . Début brutal en septembre 1955 par une douleur thoracique généralisée intense avec dyspnée, sans fièvre.

V.S. : 15-37-115

- . Radiographie : à droite : hydropneumothorax, le poumon est à 4 centimètres de la paroi

à gauche : PNO généralisé avec collapsus pulmonaire complet, discrète réaction liquidienne.

- . La malade sort 1 mois après son admission.

à droite : état identique au premier examen (1 exsufflation)

à gauche : réexpansion pulmonaire complète (5 exsufflations + 1 injection I.P. d'auréomycine)

L'état général de la malade a fait renoncer à un talcage de plevre.

Observation n°18 : SE... Andrée, 33 ans

- . Antécédents :
 - juin 1959 : PNO localisé du sommet droit, lié à l'effort, réexpansion spontanée.
 - août 1960 : Episode identique mais sans contrôle radiologique.

- Début brusque en septembre 1961 par une douleur hémithoracique droite sans dyspnée ni fièvre.

V.S.: 8-18-130

Cuti-réaction : +
bacilloscopies : -

Epreuves fonctionnelles normales après réexpansion

- Radiographie : hyperclarte localisée du sommet droit.
- La malade sort après cinq semaines d'hospitalisation. Retour spontané du poumon à la paroi, une symphyse provoquée est envisagée en cas de récurrence.

Observation n°19 : GI... Pierre 31 ans

- Antécédents :

- En 1957 et 1959 épisodes douloureux de l'hémithorax droit intitulé "points de pleurite".

- En 1961 et en janvier 1962 : PNO généralisés droits avec réexpansion spontanée.

- Début progressif, en mars 1962 par de la toux, une douleur thoracique vague du côté droit, pas de fièvre.

V.S. : 2-4-31

- bacilloscopies : -

- Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire complète.

- Trois exsufflations n'ayant entraîné aucun résultat, le malade passe en chirurgie pour subir une pleurectomie pariétale.

Observation n°20 : KO... Nicolas 57 ans

- Antécédents : il y a 1 an PNO généralisé droit avec régression spontanée. Broncho-

scopie normale.

- . Début en septembre 1955 par malaise avec dyspnée modérée, tendance syncopale, pas de fièvre
V.S. : 11-90-100
- . Radiographie : hyperclarte de l'hémithorax droit avec rétraction pulmonaire importante.
- . Le malade sort après 15 jours d'hospitalisation. 8 exsufflations ont amené la réexpansion pulmonaire complète et l'on note la présence, au sommet droit, de volumineuses images bulleuses.

Observation n°21 : PL... Albert 45 ans

- . Antécédents dans les 3 ans précédant l'hospitalisation, survenue de 7 PNO généralisés droits, tous régressant spontanément.
- . Début progressif en décembre 1958, par une dyspnée modérée, pas de fièvre.
V.S. : 2-5-119
baciiloscopies : -
- . Radiographies : à droite le poumon est distant de la paroi de 3 centimètres, il présente à son sommet une opacité en nid d'abeille.
- . Le malade sort après 8 jours d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire complète après 2 exsufflations complétées par une injection I-P de 40 cm³ de sang.

Observation n°22 : GR... Georges 30 ans

- . Antécédents :
 - Ulcère gastrique depuis 1952
 - 1948 : PNO généralisé droit - réexpansion

spontanée - de 1958 à juin 1961 : 4 récidi-
ves à droite.

- . Début, en octobre 1961, au cours d'une conversation par une douleur hémithoracique droite avec dyspnée modérée, sans fièvre.
V.S. : 3-9-105

Cuti-réaction : +

bacilloscopies :-

bronchoscopie et épreuves fonctionnelles normales après réexpansion.

- . Radiographie : à droite le poumon est à 4 centimètres de la paroi - image bulleuse de l'apex droit.

. Le malade sort après 1 mois d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire spontanée avec discrète réaction liquidienne - Une pleurectomie pariétale a été proposée.

Observation n°23 : AK... Mohamed, 35 ans

- . Pas d'antécédents pulmonaires.
- . Début brutal en décembre 1961 lors d'une quinte de toux par une douleur hémithoracique gauche sans dyspnée ni fièvre
V.S. : 10-20-88
bacilloscopies : -

- . Radiographie : PNO généralisé gauche avec rétraction importante du poumon au sommet duquel on note une image bulleuse.

- . Réexpansion pulmonaire spontanée complète mais réapparition soudaine de la symptomatologie fonctionnelle avec image thoracique identique.

. Le malade sort deux mois après son admission. Nouvelle réexpansion pulmonaire spontanée complète.

Observation n°24 : CH... Maurice 33 ans

. Antécédents :

janvier 1960 : PNO généralisé droit - retour à la paroi après 3 exsufflations.

mai 1960 : PNO généralisé droit - retour à la paroi après 2 exsufflations

. Début brusque en janvier 1962 par une toux avec dyspnée d'effort, douleur thoracique modérée, pas de fièvre

V.S. : 2-3-130

bacilloscopies : -

. Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire importante.

. Le malade sort 3 semaines après son admission - réexpansion pulmonaire totale après deux exsufflations - une pleurectomie ou une symphyse provoquée est envisagée en cas de nouvelle récurrence.

Observation n°25 : PU... Maurice, 36 ans

. Antécédents : 2 PNO généralisés droits avec réexpansion spontanée, sans précision de date.

. Début brusque en mars 1960 par une dyspnée avec douleur hémithoracique droite.

. Radiographie : hyperclarté généralisée de l'hémithorax droit avec rétraction pulmonaire importante.

. Le malade sort sur sa demande après avoir refusé une pleurectomie proposée en raison de la réexpansion pulmonaire minime après trois exsufflations.

Observation n°26 : RI... Jean, 24 ans

• Antécédents :

1956 : PNO généralisé gauche, réexpansion spontanée complète

1958 : PNO généralisé gauche avec asphyxie et syndrome de choc.

• Début en décembre 1959 par une douleur hémithoracique droite, vive, continue, exagérée par la respiration - apyrexie -

V.S. : 2-7-122

bacilloscopies : -

Epreuves fonctionnelles pulmonaires normales après réexpansion.

• Radiographie : PNO généralisé droit, le poumon est à deux centimètres de la paroi.

• Le malade sort après 10 jours d'hospitalisation - réexpansion pulmonaire spontanée complète. En février 1960 on ne retrouve aucune séquelle de cet épisode.

Observation n°27 : BO... Michel, 24 ans

• Antécédents : dans les quatre dernières années cinq PNO généralisés (4 gauches, 1 droit) régressant spontanément en quelques jours.

• Début brutal, en décembre 1961 par une violente douleur hémithoracique gauche avec dyspnée intense, sans fièvre

V.S. : 11-28

bacilloscopies : -

bronchoscopie et épreuves fonctionnelles normales après réexpansion

• Radiographie : PNO généralisé gauche, le poumon est à 4 centimètres de la paroi - discret comblement du cul-de-sac pleural petite calcification au niveau du lobe inférieur .

. Le malade passe en chirurgie pour pleurectomie pariétale totale, on relève la présence de nombreuses et volumineuses bulles d'emphysème du lobe supérieur et du lobe de Nelson.

Observation n°28 : CO... François, 16 ans

. Antécédents : Il y a 1 an, 10 jours après une intervention sous anesthésie générale pour fracture de la rotule, épisode dyspnéique intense régressant en quelques jours. 15 jours après nouvel épisode : hydropneumothorax droit avec rétraction pulmonaire complète, image bulleuse du sommet droit - réexpansion incomplète après exsufflations - décortication pulmonaire.

. Début brutal en décembre 1960 par une violente douleur hémithoracique gauche avec dyspnée intense, sans fièvre.

. Radiographie : PNO généralisé gauche avec rétraction pulmonaire complète, déviation à droite du médiastin.

. Réexpansion pulmonaire complète après 1 exsufflation mais récurrence immédiate ; l'absence de nouvelle réexpansion malgré les exsufflations fait pratiquer une pleurectomie pariétale qui révèle la présence d'une volumineuse bulle d'emphysème.

2 - Pneumothorax spontané chez des sujets atteints d'affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses : 9 observations

Observation n°29 : ET... Messaouda, 71 ans

. Antécédents : H.T.A. avec hypertrophie car-

diaque.

- Début en février 1962 par une douleur dans la région de l'omoplate gauche, sans toux ni dyspnée - apyrexie.
I.D.R. : à 50 unités : -
bacilloscopies : -
- Radiographie : on ne retrouve pas l'image de pneumothorax localisé du sommet gauche objectivé par la radioscopie, quinze jours avant l'hospitalisation - à droite opacité homogène de la base.
- Malade présentant une pneumopathie subaiguë banale, radiographie pulmonaire normale lors de sa sortie, 15 jours après l'hospitalisation.

Observation n°30 : PO... Roger 57 ans

- Antécédents : grand fumeur (2 paquets de cigarettes par jour)
bronchorrhée chronique.
- Début brutal, en octobre 1956, lors d'un effort violent par une dyspnée intense -
température à 38°-38°5
V.S. : 52-73-115
bacilloscopies : -
bronchoscopie avec aspiration pour
Papanicolaou normale.
- Radiographie : hyperclarte thoracique droite avec rétraction pulmonaire importante.
- Le malade sort après 15 jours d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire après 5 exsufflations, il persiste un épanchement gazeux du sommet et de la base droite avec discrète réaction liquidienne.

Revu en octobre 1957, il ne persiste aucune séquelle de cet accident.

Observation n°31 : FA... Yvonne 69 ans

- . Antécédents : pleurésie gauche non ponctionnée à l'âge de 20 ans
- . Début progressif en mai 1960 par amaigrissement avec dyspnée d'effort, pas de fièvre.
V.S. : 2-4-100
bacilloscopies : -
- . Radiographie : à droite le poumon est à 4 centimètres de la paroi, entouré d'une coque scléreuse - multiples images bulleuses du sommet.
- . La malade sort après 7 jours d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire minime après exsufflations répétées. La malade est suivie régulièrement depuis cette date, les exsufflations continuées ont entraîné la réexpansion pulmonaire complète, sans séquelle. Pas de récides.

Observation n°32 : MO... Robert 51 ans

- . Antécédents : présente depuis 15 ans des crises de dyspnée asthmatiforme.
- . Début progressif en novembre 1959, par une dyspnée d'effort puis permanente avec toux, expectoration - apyrexie.
Epreuves fonctionnelles après réexpansion : diminution de 35 p.cent de la capacité respiratoire, existence d'un facteur spasmodique lié à un emphysème diffus.
- . Radiographie : PNO droit avec adhérence du poumon à la paroi dans la région axillaire.

- Le malade sort après 4 semaines d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire totale après 4 exsufflations complétées par une injection locale d'auréomycine.

Observation n°33 : BA... Francis, 22 ans

- Antécédents : asthmatique depuis l'âge de 12 ans
- Début brutal en décembre 1961 par une dyspnée intense, douloureuse, avec cyanose, état de choc. apyrexie - bacilloscopies : -
- Radiographie : PNO généralisé gauche avec rétraction pulmonaire complète
- 2 Exsufflations provoquent une réexpansion pulmonaire partielle mais le malade sort sur sa demande 14 jours après son admission.

Observation n°34 : JO... Jean-Jacques 24 ans

- Antécédents : dilatation des bronches localisée à droite, objectivée par radiographie lipiodolée.
- Début brutal en septembre 1955 par une douleur hémithoracique droite avec dyspnée modérée - apyrexie
V.S. : 3-7-100
bacilloscopies : -
- Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire complète.
- Le malade sort sur sa demande 14 jours après son admission. 3 exsufflations n'ont amené qu'une réexpansion pulmonaire incomplète.

Observation n°35 : BO... Armand 36 ans

- Antécédents : dilatation des bronches vérifiée par radiographie lipiodolée.
- Début brusque en août 1959 par un point de côté thoracique gauche intense avec dyspnée, expectoration, apyrexie.
V.S. : 3-13-100
bacilloscopies : -
bronchoscopie : à gauche : sténose serrée, organisée, sans caractère inflammatoire de l'orifice lobaire moyen.
- Radiographie : à gauche : hyperclarté localisée au sommet avec petit bouquet d'images bulleuses.
à droite : petites images bulleuses du sommet.
- Le malade sort après 4 semaines d'hospitalisation. Retour rapide du poumon à la paroi, sans exsufflations.

Observation n°36 : CO... Monique 20 ans

- Maladie polykystique des poumons vraisemblablement congénitale découverte 6 mois avant son accident, entraînant une diminution de la capacité ventilatoire de l'ordre de 45 p.cent.
- Début brutal en septembre 1955, lors d'un effort par une dyspnée intense avec douleur hémithoracique droite, température à 37°5-38°
V.S.: 4-11-90
Cuti-réaction : -
bacilloscopies : -
- Radiographie : PNO localisé du sommet droit avec discrète réaction liquidienne, images

alvéolaires multiples disséminées dans les deux champs pulmonaires.

. La malade sort après 10 jours d'hospitalisation - réexpansion pulmonaire totale (1 exsufflation) comblement du cul-de-sac pleural diaphragmatique.

Observation n°37 : DA... Raymond 54 ans

- . Antécédents :
 - 1944 : gastrectomie pour ulcère
 - 1956 : pleurésie séro-fibrineuse droite
- . Découverte radiologique du PNO en janvier 1960 à l'occasion d'un des nombreux épisodes de surinfection, chez un malade porteur depuis 1 an d'un carcinome épidermoïde anaplasique à petite cellule; régulièrement surveillé.
- . Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction du moignon pulmonaire autour de l'opacité néoplasique, image bulleuse de la corticalité.
- . Le malade sort 3 semaines après son admission, n'ayant présenté au cours de son accident aucun signe fonctionnel notable. Réexpansion spontanée, complète.
- . En mai 1960 : nouvelle hospitalisation pour troubles neurologiques. Pas de séquelle de l'accident pleural - Evolution fatale dans la cachexie.

3 - Pneumothorax spontané et tuberculose :
13 observations

Observation n°38 : MA... André, 62 ans

- . Antécédents :
 - 1942 : gastrectomie subtotale
 - 1948 : tuberculose pulmonaire bilatérale évolutive, révélée par une pleurésie séro-fibrineuse droite - reprise évolutive en 1954. Depuis 1955 stabilisation de l'image radiologique et bacilloscopies négatives.
- . Début en janvier 1962 par une dyspnée subite, modérée, sans douleur ni fièvre.
V.S. : 4-10-100
bacilloscopies : -
- . Radiographie : PNO localisé du sommet droit avec comblement du cul-de-sac diaphragmatique images réticulo-fibreuses des deux apex.
- . Le malade sort 15 jours après son admission. Réexpansion pulmonaire spontanée totale. Pas de signe d'évolutivité.

Observation n°39 : HU... Bernard, 45 ans

- . Tuberculose pulmonaire bilatérale découverte en 1940, traitée de 1952 à 1954, stabilisée depuis mais laissant de grosses séquelles de sclérose rétractile avec emphyseme et poussées périodiques de surinfection.
- . Début brutal en octobre 1957 lors d'un voyage en automobile, à l'occasion d'un effort de toux : dyspnée intense, asphyxie : hospitalisation d'urgence en chirurgie : drainage avec aspiration continue. Apparition d'un épanchement liquidien avec surinfection à pyocyanique.

- Radiographie lors de l'entrée dans le service : PNO de la base gauche avec épanchement - grosses lésions fibreuses, calcifiées des deux sommets.
- Le malade sort après 3 mois d'hospitalisation. Les ponctions répétées avec lavage de plèvre, antibiothérapie locale et générale ont amené la réexpansion pulmonaire complète, seul persiste un comblement du cul-de-sac diaphragmatique. Pas de signes d'évolutivité - bacilloscopies négatives.

Observation n°40 : IN ... Joseph 43 ans

- Découverte en 1950 de lésions tuberculeuses du poumon droit - guérison maintenue depuis 1952
- Début en septembre 1959 par une douleur hémithoracique gauche brutale avec dyspnée intense, toux quinteuse, expectoration mucopurulente, température à 37°5
V.S. : 6-12-81
bacilloscopies : -
bronchoscopie normale.
- Radiographie : PNO généralisé gauche, avec légère déviation à droite du médiastin, rétraction pulmonaire importante - pas de lésions parenchymateuses visibles.
- Le malade sort après 1 mois d'hospitalisation - Réexpansion pulmonaire complète (2 exsufflations). Comblement du cul-de-sac diaphragmatique - pas de lésions tuberculeuses en activité.

Observation n°41 : BO... Adrien, 60 ans

- Antécédents :
- psoriasis généralisé

- 1945 : tuberculose pulmonaire droite
PNO thérapeutique interrompu au bout d'un
mois et demi (épanchement liquidien)
- 1951 : pyothorax droit non tuberculeux.
Le malade reste porteur d'une poche rési-
duelle, d'une insuffisance respiratoire sé-
vère avec coeur pulmonaire chronique.
- . Début brutal en août 1959, lors d'une
ponction pour une dyspnée intense, asphyxique
avec cyanose, emphysème sous-cutané axil-
laire.
- . Radiographie : poche hydro-aérique de la
base droite avec coque pleurale au niveau
du moignon pulmonaire, images nodulaires
des 2 sommets.
- . Décès du malade au dixième jour malgré la
mise en route d'un drainage avec aspiration
continue.

Observation n°42 : CA... Antoine 27 ans

- . Antécédents :
- 1955 : découverte d'une tuberculose ulcéro-
nodulaire bilatérale. PNO thérapeutique
droit entretenu 2 mois
- 1957 : PNO spontané gauche cinq jours après
une lobectomie supérieure droite.
- . Début en novembre 1958, cinq mois après sa
sortie de sanatorium par une douleur thora-
cique brutale avec dyspnée intense, état de
choc, température à 38°.
V.S.: 9-23-112
bacilloscopies : -
- . Radiographie : à gauche le poumon est à 2
centimètres de la paroi sauf au sommet où
il reste en contact avec cette dernière.

Observation n°50 : JO... Maurice, 55 ans

- . Antécédents :
 - 1946 : tuberculose pulmonaire découverte au retour de captivité - pas de traitement.
 - depuis un an altération de l'état général.
- . Début en août 1961 après un trajet en motocyclette par une dyspnée modérée - température à 37°5-38°
V.S. : 4-16-105
bacilloscopies : +
- . Radiographie : PNO généralisé droit avec bride - nodules denses de la partie supérieure du moignon et du sommet gauche.
- . Le malade sort après trois mois d'hospitalisation mis à un traitement antibiotique spécifique - réexpansion spontanée complète - existence d'une petite bulle d'emphysème cloisonnée.

1 - Pneumothorax spontané sans antécédents pulmonaires A - Accident unique														
Obs.	Sexe		Age	Côté		Localisation		Spon- tané	Thérapeutique				Tal- cage	Pleu- rec- tomie
	M	F		D	G	Généra- lisé	Sommet Base		Exsuf- flation	Asp . cont.	Inj. I.P.			
1	+		31		+				+					
2	+		31		+			+						
3	+		33					+						
4	+		18	+				+						
5	+		31		+									
6	+		54		+				+					
7	+		24	+					+					
8	+		24		+				+					
9	+		24	+					+					
10	+		24						+					
11	+		21		+				+					
12	+		49	+					+	+				
13		+	20	+					+					
14	+		50		+				+					
15	+		17	+					+					

1 - Pneumothorax spontané sans antécédents pulmonaires
B - Pneumothorax récidivant

Obs.	Sexe		Age	Côté		Localisation			Thérapeutique				Pleur- recto- mie
	M	F		D	G	Généra- lisé	Som- met	Base	Spon- tané	Exsuf.	Aspirat. continue	Inj. I.P	
16	+		28	3	+			+	1			+	
17	+		43	3	+			2	+		+		
				1	bilatéral								
18		+	31	2		+		+	1			+	
19	+		30	3	+			2	1		+		
20	+		56	2	+			1	1				
21	+		42	8	+			+	1				
22	+		17	4	+			+					
23	+		35	2	+			+					
24	+		31	3	+			+	+				
25	+		36	3	+			+					
26	+		21	3	+			+					
27	+		20	1	+			+	+				+
28	+		23	1	+			+	+				2

2 - Pneumothorax spontané chez des sujets atteints d'affections broncho-pulmonaires non tuberculeuses											
Obs.	Sexe	Age	Localisation			Thérapeutique				Affection	
			Géné-	Som-	Base	Spon-	Exsuf.	Asp.	Inj.	Tal-	Pleu-
	M	F	ralisé	met		tané		cont.	I.P.	cage	recto-
											mie
29	+		+			+					
30	+		+				+				
31	+		+				+				
32	+				+		+		+		
33	+		+				+				
34	+		+				+				
35	+			+							
36	+				+		+				
37	+		+			+					

pneumop-
thie subai-
gué
bronchorrhée
chronique
pleurésie
asthme
asthme
d.d.b.
d.d.b.
polykysto-
se pulmo-
naire
cancer

. Le malade sort après 1 mois d'hospitalisation. 2 exsufflations ont amené la réexpansion pulmonaire complète. On note un discret comblement du cul-de-sac diaphragmatique.

. Régulièrement suivi le malade n'a présenté aucun signe d'évolutivité - en décembre 1961 épisode douloureux brutal droit avec dyspnée sans qu'une étiologie ait pu être mise en évidence.

Observation n°43 : LE... Marcel, 28 ans

. Antécédents :

- 1954 : tuberculose pulmonaire du sommet droit - PNO thérapeutique entretenu 28 mois.
- 1959 : PNO spontané apical droit avec petite bulle de la corticalité pulmonaire - régression spontanée - pas de signe d'évolutivité.

. Début brutal en juillet 1959 dyspnée intense douloureuse, apyrexie.
bacilloscopies : -

. Radiographie : PNO généralisé droit avec rétraction pulmonaire totale.

. Le malade sort après 3 semaines d'hospitalisation. Réexpansion pulmonaire complète après drainage avec aspiration continue - une pleuroscopie a objectivé l'absence de bride, l'existence de bulles d'emphysème.

. Suivi régulièrement le malade ne présente aucune séquelle de son accident en dehors de quelques douleurs thoraciques vagues.

Observation n°44 : ST... Suzanne, 24 ans

- . Virage de cuti en juillet 1956
- . Début en novembre 1956 par un point de côté

thoracique avec dyspnée modérée.

V.S.: 10-20-100

bacilloscopies : +

- Radiographie : à droite poumon distant de la paroi de 3 centimètres - comblement du cul-de-sac diaphragmatique - nodules sous-claviculaires.
- Traitée par INH + PAS, la malade sort après 2 mois d'hospitalisation - réexpansion pulmonaire spontanée complète.

Observation n°45 - RO ... André, 48 ans

- Depuis 2 mois environ altération de l'état général avec anorexie, asthénie, amaigrissement état subfébrile.
- Début brutal en mars 1959 par un point de côté thoracique avec dyspnée intense, toux, expectoration abondante
V.S.: 45-86
bacilloscopies : +
- Radiographie : à droite : hydropneumothorax avec rétraction pulmonaire complète
à gauche : images nodulaires du sommet et du lobe inférieur
- Le malade, mis au traitement antibiotique (INH + PAS + streptomycine) sort 3 mois après son admission. persistance d'une petite poche résiduelle du sommet après drainage avec aspiration continue les exsufflations n'ayant pas provoqué la réexpansion pulmonaire - fistule pleuro-cutanée sur le trajet du drain.

Observation n°46 : DE... Henry, 27 ans

- . Hémophilie A avec nombreuses arthropathies.
- . Hospitalisé en janvier 1959 pour altération de l'état général avec dyspnée intense, bacilloscopies +, micronodules disséminés confluents en opacités floues et nodules sous-claviculaires droites avec images claires. Sous traitement (INH + streptomycine) apparition d'un PNO localisé de la base droite surmonté de volumineuses images claires.

- . Le malade quitte le service après 5 mois d'hospitalisation. Réexpansion spontanée rapide et complète - images bullaires volumineuses des 2 sommets.

- . Revu en février et en octobre 1961 le malade est actuellement stabilisé et n'a pas présenté de nouvel accident.

Observation n°47 : MO... Auguste, 61 ans

- . Antécédents :
 - 1946 : silicose
 - 1962 : tuberculose pulmonaire
- . Début en février 1962 par altération de l'état général avec toux, fébricule
V.S. : 28-58-125
bacilloscopies : +
Diminution très importante de la capacité ventilatoire (60 p.cent) sans emphysème caractérisé.
- . Radiographie : PNO localisé de la base droite - opacités floconneuses disséminées dans les 2 champs pulmonaires avec images cavitaires du sommet droit.
- . Le malade est actuellement en traitement dans le service.

Observation n°48 : AZ... Saïd, 36 ans

- 8 mois en sanatorium en 1946 pour tuberculose pulmonaire gauche.
- Début en mars 1959 lors d'un effort par une violente douleur hémithoracique gauche avec dyspnée intense, sans fièvre.
V.S. : 10-25-100
bacilloscopies : +
- Radiographie : PNO de la base gauche - opacités réticulo-nodulaires des deux sommets.
- Le malade mis aux antibiotiques spécifiques part en sanatorium après 5 semaines d'hospitalisation - réexpansion pulmonaire totale après 1 exsufflation - discrète réaction liquidienne.

Observation n°49 : ZO... Auguste , 52 ans

- Depuis l'âge de 10 ans bronchites à répétition aboutissant à une insuffisance respiratoire sévère.
- 1928 : tuberculose pulmonaire gauche - 2 ans de sanatorium
- Début brutal en février 1960 par une violente douleur hémithoracique gauche au cours d'une séance de gymnastique respiratoire.
bacilloscopies : +
déficit fonctionnel de l'ordre de 60 p.cent.
- Radiographie : image réticulo-nodulaire des 2 sommets, on ne retrouve pas l'image de PNO objectivée par la radioscopie 1 mois avant son admission.
- Le malade sort après 2 jours d'hospitalisation - revu en novembre 1961 : pas de récédive.

3 - Pneumothorax spontané et tuberculose															
Obs.	Sexe		Age	Côté		Localisation		Thérapeutique				Bacillo- scopies			
	M	F		D	G	Général.	Som- met	Base	Spon- tané	Exs.	Asp. cont.		Inj. IP.	Tal- cage	Pleu- rec- tomie
38	+		62	+			+		+						-
39	+		45		+			+		+	+				-
40	+		43		+			+							-
41	+		60					+							-
42	+		26	+				+							-
43	+		28	2			1		1		1				-
44		+	24	+	+		+		+						-
45	+		48	+					+		+				+
46	+		27	+				+	+						+
47	+		61	+				+	+						+
48	+		36		+			+		+					+
49	+		52		+				+						+
50	+		55	+					+						+

DISCUSSION CLINIQUE

-:-

Nous commencerons cette analyse par l'étude des : CIRCONSTANCES FAVORISANTES.

LE SEXE : La nette prédilection de l'affection pour le sexe masculin, soulignée dans la quasi-totalité des travaux, ne se dément pas : sur nos cinquante cas 7 seulement concernent des femmes (obs. n° 13 - 17 - 18 - 29 - 31 - 36 - 44) soit 14 p.cent des individus : proportion sensiblement identique à celles habituellement rencontrées dans les statistiques et variables entre 10 et 25 p.cent.

L'AGE : La répartition de l'âge du sujet au moment du premier accident s'établit ainsi :

de 16 à 20 ans	:	7 cas
de 21 à 25 ans	:	10
de 26 à 30 ans	:	4
de 31 à 35 ans	:	6
de 36 à 40 ans	:	4
de 41 à 45 ans	:	4
de 46 à 50 ans	:	3
plus de 50 ans	:	12

soit 62 p.cent des cas apparaissant entre 16 et 40 ans (40 p.cent entre 21 et 35 ans) et 38 p.cent chez des sujets de plus de quarante ans.

Ainsi, dans cette statistique où le début de l'affection se situe entre les âges extrê-

mes de 16 et 71 ans (obs. n° 28 et 29), le pneumothorax du sujet âgé nous apparaît relativement fréquent. Mais c'est chez ce dernier que les antécédents pulmonaires sont le plus souvent retrouvés (12 cas sur 19). Si nous limitons notre étude aux malades sans passé thoracique, nous notons :

de 16 à 20 ans :	6 cas
de 21 à 25 ans :	6
de 25 à 30 ans :	2
de 31 à 35 ans :	7
de 36 à 40 ans :	1
de 41 à 45 ans :	2
de 46 à 50 ans :	2
plus de 50 ans :	2

soit 75 p.cent des cas répartis entre 16 et 40 ans (50 p.cent entre 21 et 35 ans), nous retrouvons la notion classique d'affection du sujet jeune, "pneumothorax des conscrits" de GAILLARD.

LE CÔTÉ ATTEINT : En accord avec les données classiques nous observons une légère prédilection pour le côté droit. Atteint 22 fois contre 13 fois pour le côté gauche, dans le cas d'accident unique, 8 fois contre trois en cas de pneumothorax récidivant, ces derniers comptant en outre quatre atteintes bilatérales.

LES ANTECEDENTS : Nous passerons rapidement sur les antécédents d'ordre général : 1 psoriasis généralisé, 1 coxarthrose bilatérale, 1 hystérectomie totale pour polymitose, 1 hémophilie mais sans épanchement sanguin intra-pleural (obs.n°46), en soulignant néanmoins la relative fréquence des ulcères gastroduodénaux dont nous relevons 4 cas (obs. n°s 7-22 - 37 et 38), rappelons, à ce sujet les travaux récents concernant la muco-viscidose et la fréquence des tests à la sueur positifs

chez les emphysemateux et chez les ulcéreux.

Avant d'aborder l'étude du passé pulmonaire de nos malades nous noterons l'absence de pneumothorax infectant, en particulier à staphylocoque, forme très rare chez l'adulte, apanage du jeune enfant et du nourrisson.

Dans 19 observations, soit 18 p.cent des cas, l'examen clinique et radiologique n'a pas permis de mettre en évidence une anomalie pulmonaire. Ces pneumothorax idiopathiques groupent 12 accidents uniques (obs. n° 1 à 12) et 7 pneumothorax récidivants (obs. n° 16 à 19 et 24 à 26). Parmi les premiers deux sujets à réactions tuberculiniques négatives (Obs. n° 4 et 9) présentaient un cliché pulmonaire normal respectivement 2 et 3 mois avant le début de la maladie.

Chez neuf de nos malades (18 p.cent des observations) le résultat de l'enquête étiologique se résume en la découverte radiologique d'une ou plusieurs images bulleuses de la corticalité pulmonaire. Trois accidents uniques (obs. n° 13-14-15) et six pneumothorax récidivants (Obs. n° 20-21-22-23-27-28). Deux de ces derniers (Obs. n° 27 et 28) ont été l'objet d'une intervention qui a confirmé l'existence de volumineuses bulles d'emphysème en périphérie du parenchyme pulmonaire.

Neuf autres malades étaient porteurs, soit au moment de l'accident, soit dans leurs antécédents, d'une affection broncho-pulmonaire non tuberculeuse. Ils se répartissent en :

- Un cas de pneumopathie banale subaiguë (obs. n°29) chez une hypertendue artérielle avec hypertrophie cardiaque.

- Un sujet de 57 ans (Obs. n°30), gros fumeur (deux paquets de cigarettes par jour), se plaignant de bronchorrhée chronique.

- Une malade (Obs. n°31) ayant présenté, 49 ans avant l'accident actuel, une pleurésie non ponctionnée contro-latérale et chez laquelle on note la présence d'une coque scléreuse enserrant le moignon pulmonaire qui présente de nombreuses cavités bulleuses au niveau de son lobe supérieur.

- Deux asthmatiques (Obs. n°32 et 33) souffrant encore de crises dyspnéiques. Les épreuves fonctionnelles confirment chez le premier l'existence d'un facteur spasmodique associé à un emphysème diffus.

- Deux cas de dilatation des bronches (obs. n°34 et 35) vérifiée par examen lipiodolé. Le second porteur de petits bouquets d'images bulleuses au sommet des deux poumons.

- Une jeune fille de 20 ans atteinte de maladie polykystique des poumons d'origine vraisemblablement congénitale (obs. n°36).

- Un malade enfin (obs. n°37) ayant présenté un pneumothorax spontanément régressif avec petite bulle apicale de la corticalité, au cours de l'évolution d'un carcinome épidermoïde anaplasique à petite cellule.

Une tuberculose pulmonaire existait chez 13 de nos malades. Six d'entre eux (obs. n° 38 à 43) à examen bactériologique négatif, ne présentaient aucun signe d'évolutivité. Ils se répartissent en : 3 accidents uniques (Obs. n° 38-39-40), 1 hydropneumothorax (obs. n°41), 2 pneumothorax récidivants (obs. n° 42-43), le dernier porteur d'une image bulleuse sur

les radiographies, emphyseme confirmé par pleuro-scopie. 3 de ces malades avaient été traités par pneumothorax thérapeutique, deux fois du côté de l'accident (obs. n° 41-43), une fois contro-latéral (obs. n°42).

Les sept malades suivant présentaient des signes d'évolutivité avec bacilloscopie positive. Dans trois cas (obs. n° 44-45-46) l'accident pleural a été révélateur de la maladie tuberculeuse : chez une jeune fille de 24 ans, trois mois après la constatation du virage des réactions tuberculiniques, chez un sujet de 48 ans, chez un hémophile de 27 ans chez lequel se sont développées ultérieurement de volumineuses et multiples images claires des deux sommets.

Les quatre dernières observations (n° 47 à 50) concernent des sujets porteurs d'une tuberculose ancienne mais toujours évolutive, le premier présentant en outre des lésions silicotiques, le dernier porteur d'une image bulleuse de la corticalité pulmonaire.

Si nous ne retenons comme pneumothorax tuberculeux vrais que ces 7 observations (soit 14 p.cent de la totalité des cas), cette statistique confirme le recul de la tuberculose de son rôle vedette dans l'étiologie de l'affection, recul souligné par tous les travaux récents.

Pour clore ce chapitre étiologique nous voudrions souligner que cinq sujets (obs. n° 3-6-7-13-15) se trouvaient parmi les 14 cas étudiés par Messieurs ETIENNE BERNARD, ISRAEL, DEBRIS et MAN TIP, dans un travail récent sur la mucoviscidose et concluant à la présence de la tare génétique de cette affection chez près de 50 p.cent des pneumothorax idiopathiques examinés alors que la

fréquence des tests positifs a été de 5 p.cent pour une série de 125 témoins.

	Nombre de cas	%
sans étiologie	28	56
avec affection B. pré ou tuberculeuse	9	18
chez d'anciens tu- berculeux	6	12
avec tuberculose évolutive	7	14

CAUSES DECLENCHANTES

Chez 17 de nos malades, soit 34 p.cent des observations, un effort physique est retrouvé dans les antécédents immédiats de la perforation pulmonaire. Effort parfois violent, allégué par le malade comme responsable de la symptomatologie fonctionnelle (obs. n° 12-18-30-36-48), voyage : en scooter, en automobile, en motocyclette (obs. n° 15-39-50), mais aussi effort bien souvent minime : descente d'un escalier, conversation, marche (obs. n° 10-22-34).

Ailleurs c'est au cours d'un acte thérapeutique : soit immédiatement : ponction pleurale, séance de gymnastique respiratoire (obs. n° 41 et 49) soit dans des suites plus lointaines : intervention sous anesthésie générale, lobectomie (obs. n° 28-42). C'est enfin lors d'un effort physiologique, et les secousses de toux sont souvent invoquées (obs. n° 2-23-39).

Mais il faut souligner que tout effort fait défaut dans la grande majorité des cas et parfois c'est au réveil que le malade a la désa-

gréable surprise de constater son entrée dans la maladie (obs. n° 1-5-9-17).

MODES DE DEBUT

Tous peuvent se voir, de l'accident inaugural dramatique à la découverte fortuite lors d'un examen radiologique.

Pneumothorax suffocant, obligeant à un geste thérapeutique immédiat, observé dans 3 observations (n° 33-39-41). Le premier chez un jeune asthmatique présentant un syndrome asphyxique avec dyspnée intense, superficielle, cyanose, état de choc ; les deux autres chez d'anciens tuberculeux, porteurs d'une insuffisance respiratoire, obligeant à la mise en oeuvre d'un drainage avec aspiration continue qui n'a pas enrayé dans le dernier cas l'évolution en quelques jours vers une issue fatale. Il faut donc souligner la gravité au point de vue fonctionnel et vital du pneumothorax spontané chez les insuffisants respiratoires.

Mais dans la grande majorité des cas (37 observations soit chez 74 p.cent des sujets) le début est soit brutal : apparition soudaine, d'une violente douleur hémithoracique avec dyspnée intense, d'emblée ou très rapidement maxima, toux quinteuse parfois,

soit brusque réalisant, atténué, un tableau identique au précédent.

- Douleur ou dyspnée dominant la scène clinique pendant quelques heures puis cèdent progressivement la place à un essoufflement, un endolorissement vague, ce qui explique l'heure souvent tardive de la consultation chez ces malades faussement rassurés.

Dans quelques cas, la symptomatologie inaugurale se réduit à une gêne respiratoire modérée mais qui a tendance à s'accroître, un état grippal qui étonne par sa persistance.

Enfin (obs. n°37) c'est la surprise de la découverte radiologique du pneumothorax chez un malade porteur d'une affection néoplasique du poumon et régulièrement surveillé.

EXAMEN CLINIQUE

-:-

Nous ne reviendrons sur les signes fonctionnels étudiés au cours du paragraphe précédent.

Parmi les signes généraux nous nous arrêtons un moment sur l'évolution de la température : l'absence de fièvre est habituellement constatée, au moment de l'hospitalisation, et l'interrogatoire n'apporte aucune donnée sur son existence dans les premiers débuts de l'affection : la prise de la température est un geste généralement négligé par le malade quelle que soit la gravité de son état.

Néanmoins nous ferons état de 10 observations avec clocher thermique (obs. n° 5-28-30-36-39-40-42-45-46-50). Si nous faisons exception du cas n°39 concernant un malade porteur d'un épanchement pleural surinfecté, si nous apportons les réserves qu'imposent chez 3 sujets (obs. n° 45-46-50) la présence d'une tuberculose évolutive, nous constatons que la réaction thermique lorsqu'elle existe est modérée, ne dépassant pas 38° et fugace, disparaissant en 24-48 heures.

Quant à l'examen physique, parfois négatif (obs. n°: 3-11-18-29), il révèle dans l'immense majorité des cas le syndrome classique d'épanchement gazeux dans la cavité pleurale : immobilité respiratoire de l'hémithorax malade,

avec tympanisme, diminution ou abolition des vibrations vocales et du murmure vésiculaire. Rarement s'y surajoutent : un retentissement métallique de la voix et de la toux (obs. n° 2 et 34), un souffle amphorique (obs. n°14), un souffle interscapulo-vertébral (obs. n°1). Signalons pour être complet la constatation d'un emphysème sous-cutané de la région axillaire (obs. n°20).

EXAMEN RADIOLOGIQUE

Nous avons exclu de cette analyse les images de broncho-pneumopathie associée et les images bulleuses de la corticalité pulmonaire déjà longuement évoquées lors de la discussion étiologique.

25 de nos malades, soit 50 p.cent sont porteurs d'un pneumothorax généralisé avec rétraction pulmonaire totale. 6 présentent un épanchement généralisé avec poumon distant de la paroi de quelques centimètres (obs. n° 5-11-21-26-27-44) ; trois un hydropneumothorax donnant l'image classique de la bouteille d'encre (obs. n° 17-28-45).

Dans onze cas le pneumothorax est localisé siégeant 7 fois au sommet (obs. n° 3-16-18-29-35-36-38), 4 fois à la base (obs. n° 39-42-47-48). Mais signalons que 8 de ces 10 malades sont atteints d'une affection broncho-pulmonaire, cinq fois tuberculeuse.

Dans trois cas (obs. n° 13-32-50) la présence d'adhérence pulmonaire à la paroi a gêné le décollement du moignon. De ces 3 malades seul le premier est dépourvu de passé thoracique.

Chez deux sujets enfin, le poumon paraît enfermé dans une gangue scléreuse (obs. n° 31-40), le premier atteint d'un pneumothorax généralisé, le second ancien tuberculeux porteur d'une poche pleurale de la base droite.

Ainsi dans 34 cas, soit 68 p.cent de nos observations nous constatons l'existence d'un épanchement gazeux généralisé. Nous insisterons sur la fréquence, dans tous les autres cas, des antécédents pulmonaires.

FORMES CLINIQUES

Nous avons déjà vu les formes étiologiques, symptomatiques et radiologiques. Nous verrons dans la suite de cet exposé les modes évolutifs et les complications.

Disons tout de suite que le passage à la chronicité n'a pas été observé, une aspiration ou une pleurectomie précoce ayant été réalisée lorsque le poumon ne revenait pas rapidement à la paroi après quelques exsufflations.

Insistons sur la rareté des formes bilatérales simultanées : 1 cas observé (n°17) mais soulignons le risque considérable que représente un collapsus bilatéral s'il est total des deux côtés. Dans notre observation le collapsus partiel à gauche explique la tolérance dont fit preuve le malade lors de son accident.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic étiologique a été envisagé dans le paragraphe consacré aux antécédents.

Quant au diagnostic différentiel si cliniquement d'autres affections broncho-pulmonaires et cardio-vasculaires peuvent se discuter, l'examen radiologique a toujours suffi pour affirmer l'existence du pneumothorax, sans que se pose la classique discussion avec les formations kystiques du poumon : bulle géante d'emphyseme ou volumineux kyste aérien en particulier.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

Nous n'étudierons pas dans ce chapitre l'évolution propre à la maladie causale en tant qu'extérieure à l'accident pleural, nous nous contentons de signaler le décès d'un malade porteur d'une polymitose pulmonaire (obs. n°37).

Dans le cadre du pneumothorax accident unique nous pouvons retenir que : réserve faite des formes suffocantes (3 cas) pour lesquelles nous avons à déplorer un décès (obs. n°41) malgré la mise en oeuvre d'urgence d'un drainage avec aspiration continue, l'évolution immédiate est bénigne.

Cliniquement nous l'avons vu, la petite réaction thermique inconstante disparaît en quelques heures tandis que s'atténue la bruyante symptomatologie fonctionnelle inaugurale. Les signes physiques régressent plus lentement précédant le retour du poumon à la paroi qui s'effectue en quelques jours ou semaines.

Un malade étant encore actuellement en traitement nous avons à étudier l'évolution de 33 cas de pneumothorax accident unique. Parmi ces derniers nous constatons :

Dans 11 cas (obs. n° 2-3-4-29-35-37-38-44-46-49-50) soit le 1/3 des observations, la réexpansion pulmonaire s'est faite spontanément.

14 fois (obs. n° 1-5-6-7-9-11-14-15-30-31-32-36-40) des exsufflations pulmonaires ont facilité cette réexpansion, complétées dans 1 cas (obs.32), par une injection locale d'auréomycine dans le but de créer une symphyse.

Chez cinq malades (obs. n° 8-10-13-33-34) les désinsufflations n'ont pas provoqué le retour du poumon à la paroi, mais les malades ont quitté le service prématurément avant toute autre tentative thérapeutique.

Trois sujets enfin ont fait l'objet d'un drainage avec aspiration continue, (obs. n°12). Deux (obs. n° 12 et 45) après échec des exsufflations, le troisième d'urgence devant l'état asphyxique, ce malade a présenté lors du drainage un épanchement liquidien avec surinfection par pyocyanique. La réexpansion pulmonaire a été obtenue après ponctions avec lavage de plèvre, et antibiothérapie par voie locale et générale.

En dehors de ce dernier cas nous n'observons comme complication qu'un hydropneumothorax (obs. n°45) guérissant sans autre séquelle qu'un comblement du cul-de-sac pleural diaphragmatique à l'examen radiologique. Nous pouvons en effet considérer comme modalité évolutive banale la discrète et fugace réaction pleurale observée chez 11 de nos malades (obs. n° 2-7-8-10-12-13-30-36-39-44).

Mais la fréquence des récidives fait porter de sérieuses réserves sur l'avenir de ces sujets. 15 soit 30 p.cent de nos malades ont été

hospitalisés pour des rechutes. Rechutes multiples : ces cas totalisent 54 épanchements gazeux, 5 dans une de nos observations, 6 dans une seconde, 8 dans une troisième (obs. n° 27-22 et 21) ; rechutes rapprochées dans le temps.

Ces récidives ont été :

- homolatérales 11 fois, intéressant 7 fois la plèvre droite (obs. n° 18-19-20-21-24-25-43), 4 fois la gauche (obs. n° 16-23-27-42)
- bilatérales 4 fois (obs. n° 17-22-26-28) dont 1 cas de collapsus bilatéral (obs. n° 17) malgré une tentative de créer une symphyse par injection intra-pleurale gauche de 40 cm³ de sang, cette malade est sortie du service sans que l'on ait pu provoquer la réexpansion pulmonaire droite, son état général interdisant toute tentative chirurgicale.

Dans tous les autres cas, sauf dans l'observation n°25 où le malade a refusé une pleurectomie proposée après échec des exsufflations, le retour du poumon à la paroi a été obtenu :

Spontanément 37 fois, après exsufflation dans 7 cas (complété avec 1 fois injection locale d'auréomycine dans un but symphysaire (obs. n°21)

Quatre fois une intervention chirurgicale a été nécessaire :

drainage avec aspiration continue (obs. n°43), pleurectomie pariétale (obs. n° 19-27-28), à noter que dans la dernière observation le sujet avait déjà subi une pleurectomie pariétale droite lors de son premier accident devant l'absence de réexpansion pulmonaire après désinsufflations.

Signalons ici encore l'absence d'autres complications qu'une réaction pleurale discrète et fugace lors du retour du poumon à la paroi.

THERAPEUTIQUE

Nous avons vu dans le paragraphe précédent l'attitude thérapeutique adoptée dans chaque cas particulier.

Sans insister sur :

- le traitement étiologique qui ne doit pas être perdu de vue
- la valeur du traitement symptomatique pour combattre la toux, la dyspnée, la douleur dans les premières heures de l'affection,
- l'urgence d'une réanimation respiratoire avec exsufflations massives et répétées, ou intervention immédiate dans les formes suffoquantes.

Rappelons que le traitement du pneumothorax spontané se propose deux buts :

- la réexpansion pulmonaire
- la prévention des récurrences.

REEXPANSION PULMONAIRE

Habituellement le simple repos avec au besoin une ou plusieurs exsufflations suffit pour obtenir ce résultat. Dans le cas contraire la mise en oeuvre d'un drainage avec aspiration continue a toujours obtenu, dans nos observations, le retour du poumon à la paroi. En cas d'échec reste le recours à la chirurgie : thoracotomie avec suture de la fistule ou résection de la zone fistulaire quand per-

siste une fistule importante : pleurectomie viscérale dans les cas de pachypleurite.

PREVENTION DES RECIDIVES

Devant le risque considérable que représente un collapsus bilatéral toujours possible nous pensons qu'une rechute justifie une thérapeutique préventive même si le poumon revient facilement de lui-même à la paroi.

Rappelons la rareté de ces récidives après aspiration continue ou discontinue, précoce ou tardive, dans laquelle Messieurs CHOUBRAC et VASSELIN voient le traitement de choix du pneumothorax spontané même lors d'une première atteinte.

L'irritation pleurale en vue de créer une symphyse artificielle a été préconisée, obtenue soit par injection intra-pleurale de substances médicamenteuses variées : sang, auréomycine, sulfamides, glucose, nitrate d'argent, kaolin, streptokinase-streptodornase, soit par talcage de plèvre qui paraît mieux toléré.

Méthodes chirurgicales :

- résection localisée intéressant une zone bulleuse révélée par les examens radiologiques ou pleuroscopiques
- ablation d'une bulle géante très localisée, respectant le parenchyme, mais ces exérèses ne mettent pas à l'abri du développement de nouvelles bulles dans les régions pulmonaires épargnées par l'intervention
- talcage, abrasion de la plèvre pariétale à la compresse

- Pleurectomie pariétale enfin à laquelle la préférence a été donnée, probablement en raison de la facilité et de la qualité de la collaboration médico-chirurgicale

- Certains chirurgiens américains ont même proposé une pleurectomie bilatérale.

CONCLUSIONS

-:-

Dans ce travail sont étudiées, du point de vue étiologique, clinique, et thérapeutique, cinquante observations de pneumothorax spontané de l'adolescent et de l'adulte, hospitalisés ces dernières années à la Clinique de la Tuberculose.

Plusieurs faits nous paraissent devoir être retenus :

- La nette prédilection pour le sexe masculin (une femme pour six hommes).

- Le rôle déclenchant de l'effort invoqué dans 17 observations, en particulier de l'effort de toux.

- Le nombre relativement élevé de malades âgés de plus de quarante ans 19 sur 50. Mais, c'est dans ce groupe, il faut le souligner que les antécédents pulmonaires ont été les plus fréquents (12 fois sur 19) alors qu'à l'inverse, comme cela est classique, chez les sujets plus jeunes le pneumothorax est survenu comme accident initial en l'absence de tout passé thoracique 21 fois sur 31 sujets de moins de 40 ans.

- AU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE :

- Chez 19 de nos malades, les investigations cliniques et radiologiques n'ont pas

permis de mettre en évidence d'anomalie pulmonaire.

- Dans neuf cas une image bulleuse de la corticalité pulmonaire a été seule constatée.

- Une affection broncho-pulmonaire aiguë ou chronique a été retrouvée dans les antécédents de neuf malades soit dans 18 p.cent des cas.

- Une tuberculose pulmonaire enfin existait chez 13 malades dans sept cas elle était évolutive et dans trois cas le pneumothorax a été l'accident révélateur.

- Sur le plan clinique dans trois cas seulement le pneumothorax fut d'emblée suffocant.

- La tare génétique de la mucoviscidose quand elle fut recherchée fut retrouvée chez près de 50 p.cent des pneumothorax examinés alors que la fréquence des tests positifs a été de 5 p.cent chez une série de 125 témoins.

Dans la majorité des cas, l'évolution immédiate fut bénigne, la réexpansion pulmonaire se fit spontanément ou après quelques exsufflations. Mais dans trois cas, quoi que ce fut le premier accident un drainage avec aspiration a été nécessaire et même dans un cas cet acte thérapeutique fut impuissant pour obtenir la réexpansion ; une décortication fut indispensable.

- En réalité, le grand problème du pneumothorax spontané est le pronostic. Il est généralement favorable immédiatement; toutefois quand cet accident survient chez un insuffisant respiratoire il peut être d'emblée menaçant pour la vie et justifier un traitement dans un Centre de Réanimation ou une in-

tervention réalisée en urgence. Un de nos malades est décédé malgré une aspiration continue. Le passage à la chronicité est une complication classique ; nous ne l'avons pas observé, une aspiration ou une pleurectomie précoce étant réalisée lorsque le poumon ne revenait pas rapidement à la paroi après quelques exsufflations.

Mais c'est surtout le risque de récurrences qui fait porter de sérieuses réserves pour l'avenir des sujets ayant présenté un pneumothorax spontané même le plus bénin : 15 soit 30 p.cent de nos malades ont été hospitalisés pour des rechutes, certains en étant à leur 6 ou 7e.

Ces nouveaux épisodes sont redoutables à 3 points de vue : social, interruption répétée de l'activité, psychologique, anxiété d'une rechute survenant inopinément, fonctionnel ou même vital.

Un collapsus bilatéral, quoiqu'exceptionnel paraît toujours un risque considérable s'il est total des deux côtés, moins redoutable évidemment s'il est partiel au moins d'un côté comme ce fut le cas dans une de nos observations.

Si le premier accident ne nous a semblé nécessiter, dans les cas simples d'autres mesures qu'une désinsufflation pour faciliter et accélérer la réexpansion pulmonaire, une rechute nous paraît devoir justifier une intervention complémentaire même si le poumon revient facilement de lui-même à la paroi. On peut alors discuter : soit une symphyse provoquée par talcage ou injection médicamenteuse intrapleurales (auréomycine ou sang, par exemple), soit une aspiration continue avec injection ou non de produits irritants, soit une pleurectomie.

Certains chirurgiens américains ont même proposé une pleurectomie bilatérale.

Nos cas sont trop peu nombreux, le recul de notre surveillance insuffisant pour que nous puissions prendre parti . Dans notre petite statistique la préférence a été donnée à la pleurectomie, mais c'est probablement en raison de la facilité et de la qualité de la collaboration médico-chirurgicale.

- 3 -

Vu :
Le Président :
Signé : E. BERNARD

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

Nous limitons notre documentation bibliographique aux travaux publiés au cours de ces dix dernières années.

Pour les publications antérieures le lecteur pourra se référer notamment à la thèse de CARRAUD : considérations sur le pneumothorax spontané non tuberculeux et son traitement (à propos de 45 observations)
- Paris 1952.

AMSLER R., GOYER R.

Hémopneumothorax et PNO spontané traités en urgence chirurgicale.
Sem. Hôp. Paris 33 n°57 1957

BARIETY M., CHOUBRAC P., PAILLAS J.,
MONOD O. et MILOCHEVITCH R.

Réticulose pulmonaire isolée révélée par PNO.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris
n°25-26 1961

BARIETY M., COURY Ch., PAILLAS J., MONOD O.
MILOCHEVITCH R. et COTTIN S.

Granulome éosinophilique isolé des poumons avec PNO spontané et insuffisance respiratoire mortelle.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris
n°25-26 1961

- BARIETY M., POULET J., MONOD O. et PAILLAS J.
PNO spontané et cancer bronchique.
J. Franç. Méd. Ch.. Thor. 12 n°2 1958
- BENDA R. et Melle AUBIN
PNO spontané non tuberculeux. Perforation vérifiée par pleuroscopie. Comportement paradoxal des différents lobes après talcage.
J. Franç. Méd. Ch . Thor. 9 n°2 1955
- BENOT J. et WEISSEL W.
PNO controlatéral compliquant des interventions sur le thorax.
J. Thor. Surg. 23 n°3 mars 1952
- BERNARD E., ISRAEL L., Mme DEBRIS et MAN TIP
Mucoviscidose et PNO spontané idiopathique.
J. Franç. Méd. Ch.. Thor. n°1
janvier 1962
- BERNHEIM M. et GAILLARD L.
Les staphylococcies pleuro-pulmonaires de l'enfant.
Pédiatrie 7 - 1952
- BINET J.P. et VERNEIL G.
Le traitement médico-chirurgical des pyopneumothorax staphylococciques de l'enfant.
Rev. de Méd. Fr. septembre 1955
- BRINCOURT, DAUMET et GARNIER
A propos de 4 cas de PNO spontanés chroniques traités chirurgicalement.
J. Franç. Méd. Ch . Thor. 8 n°2 1954
- BROCARD H., BRINCOURT A. et GRIVAUX M.
Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du traitement de la tuberculose par la delta-cortisone.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris
967- 1956

BROCARD H., BRINCOURT J. et THENOT A.

L'étiologie des PNO spontanés actuellement observés.

Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris
n°22-23-24 1961

BROVELLI L.

Contribution à l'étude étio-pathogénique du PNO spontané.

PRAXIS-BERN. n°52 27 décembre 1956

BUE G.

Etude de 6 cas de PNO spontané survenus chez des tuberculeux.

Thèse Paris 1957

CARRAUD J.

Considérations sur le PNO spontané non tuberculeux et son traitement (à propos de 45 observations).

Thèse Paris 1952

CASTAING R., CHEVAIS R. et GERMOUTY J.

PNO spontané.

Rev. de Méd. n°6 mai 1961

CASTAING R. et Coll.

Traitement du PNO spontané chronique.

J. Méd. Bordeaux 130 - n°8 août 1953

CERAMI A.

Le PNO spontané symptomatique silencieux.

Minerva Méd. 45 n°24 24 mars 1954

CHOUBRAC P.

Comment poser les indications thérapeutiques dans le PNO spontané non tuberculeux. Confrontation thérapeutique.

Presse Méd. 67 n°28 1959

CHOUBRAC P. et VASSELIN M.

Etiologie et indication thérapeutique
du PNO spontané non tuberculeux.

Concours Méd. 31 octobre 1959

CHRETIEN J. et PARIENTE R.

PNO spontanés localisés.

Rev. du Prat. 9 n°26 11 octobre 1959

CLEMENT R., GERBRAUX J., le BRIGAND H.,

COMBES-HAMELLE A. et BLAS F.

Problèmes thérapeutiques des staphy-
lococcies pulmonaires du nourrisson.

Presse Méd. 63 n°36 25 mai 1955

COTELLE R.

PNO spontané. Etude anatomo-pathologi-
que et thérapeutique (à propos de 80
observations)

Thèse Marseille 1955

DEPIERRE R.

Les PNO spontanés apparemment sans
fistule et l'hypothèse de la naissance
des gaz dans l'intimité des tissus
(propos du procès-verbal).

J. Méd. Ch. Thor. 8 n°2 1954

DUPONT J.

PNO spontané bénin et primo-infection.

Maroc Méd. 32 n°341 octobre 1953

DUSSERT A.

Un incident peu commun du talcage intra-
pleural.

J. Méd. Bordeaux 130 n°7 juillet 1953

DUSSERT A.

Guérison inattendue d'un PNO spontané
après traitement prolongé par le dichlo-
rhydrate de phénil piperidyl acétate de
diéthylaminoéthanol.

Semaine Méd. n°15 - 22 avril 1957

EIDINGER et RUBIN A.

Pneumo-hémothorax spontané - rapport
de 3 cas.

Canada Med. Ass . J. 67 n°1 juillet 1952

FOURESTIER M.

PNO spontané chronique guéri par la
gymnastique respiratoire.

Sem. Hôp. Paris 30 n°38 10 juin 1954

GLASER K.

Le traitement conservateur du PNO par
tension.

Jour. Ped. 45 n°6 décembre 1954

GUILLERMAND J.

PNO spontané après création d'un PNO.

Rev. Tub. n°9-10 sept.octobre 1956

HINAUT G., FELCE J. et MULLER B.

Traitement d'urgence par un procédé
simple d'aspiration continue des PNO
spontanés suffocants et des PNO spon-
tanés tuberculeux.

Presse Méd. n°18 9 avril 1960

HURWITZ I. et GREENHOOD H.

PNO et pneumo-médiastin chez le
nouveau-né.

Jour. de Péd. 45 - n°4- octobre 1954

ISRAEL-ASSELIN R.

PNO spontané
in Pathologie Médicale - tome 3 -
Flammarion Ed.1960

JARNIOU A.P. et MOREAU A.

Le PNO spontané idiopathique généralisé
(circonstances déclenchantes - Etude
radio-clinique - Evolution)

Rev. du Prat. 9 n°26 11 octobre 1959

JARNIOU A.P., MOREAU A., BOURDET P. et
LORRIOT G.

Le PNO spontané idiopathique bénin
(à propos de 20 observations)
Rev. Tub. 20 n°9-10 1956

JARNIOU A.P., MOREAU A., SIMON A. et LARCANA
Les modes de début de la tuberculose
pulmonaire.
Monofilm - n°7 - septembre 1957

LAGEZE P.
Le PNO spontané au cours des affections
pulmonaires aiguës et chroniques, tu-
berculose pulmonaire, évolutive excep-
tée.
Rev. du Pra. 9- n°26 11 octobre 1959

LAGEZE P. et ROBERT J.M.
Aspects actuels du PNO spontané de
l'adulte (à propos de 110 observations)
Rev. Lyon Méd. n°17 - 15 novembre 1960

LAGEZE P., TOURAINE R.G. et DARRE R.
Le PNO spontané dans les tumeurs intra-
thoraciques.
Rev. Lyon Méd. 6 n°20 30 décembre 1957

LAVAL P.
Traitement du PNO spontané.
Rev. du Pra. 9 n°26 11 octobre 1959

Le BRIGAND M., MERLIER M., HUMMEL J. et
TRIBOULET F.
Les PNO spontanés contro-latéraux après
pneumectomie.
Le Poumon et le Coeur 12 - n°7
août-sept. 1956

LEMIEUX J.M. et THIBAUDEAU R.
Deux cas de PNO à soupape.
Laval Méd. 18 n°3 mars 1953

Le MELLETIER J.

Les formes suffocantes du PNO spontané.
Rev. du Pra. 9 - n°26 11 octobre 1959

Le MELLETIER J. et LEMOINE J.

PNO bilatéral simultané à rechute.
J. Franç. Méd. Ch. Thor. n°3 1949

LEVI-VALENSI A. et Coll.

Deux cas de PNO spontané d'évolution
particulièrement lente.
Algérie Méd. 57 n°3 mars 1953

LEVI-VALENSI A., MOLINA C. et AKROUN G.

La fréquence relative des PNO spontané
tuberculeux et non tuberculeux en mi-
lieu nord-africain.
J. de Pn.-Pht. Afr. Nord n°1 1955

LOB M.

A propos du PNO spontané et en par-
ticulier de son incidence familiale.
PRAXIS n°1 1952

LORRIOT G.

Le PNO spontané idiopathique bénin.
Ses rapports avec la tuberculose
(à propos de 20 observations)
Thèse de Lyon 1957

MATHEY J., BINET J.P., OUSTRIERES G., ATTAL C.,
VERMEIL G. et BACH Ch.

Les pyopneumothorax à staphylocoque de
l'enfant. Leur traitement médico-
chirurgical.
Le Poumon n°1 janvier 1954

MATHEY J. et FAURE J.

Les causes du PNO spontané et leur
fréquence respective.
Rev. du Pr. 9 n°26 11 octobre 1959

MATTEI Ch.

Physiologie et anatomie pathologique du
PNO spontané idiopathique bénin.
Rev. du Pr. 9 - n°26 11 octobre 1959

MATTEI Ch., LAVAL P., PAYAN H., RIOU J. et
COTELLE R.

Le PNO spontané. Données anatomiques,
étiopathogéniques et thérapeutiques.
Arch. Méd. Gen. et trop. n°5 1955

MATTEI Ch., LAVAL P., PAYAN H., RIOU J.,
BALUZET P., CHOUX S. et COTELLE R.

Etiologie, pathologie et traitement
du PNO spontané. 60 observations.
Soc. Méd. Marseille 5 mars 1955 in
Presse Méd. n°48 1955

MEYER A.

Le PNO spontané non tuberculeux.
Bull. trim. Soc. Méd. Pays-Basque 8
n°25 1955

MEYER A.

Remarques sur l'étiopathogénie et le
traitement du PNO spontané non tuber-
culeux.
Gaz. Méd. Franç. 65 10 décembre 1958

MEYER A.

Le rôle et la place de la tuberculose
pulmonaire dans le PNO spontané.
Rev. du Pra. 9 n°26 11 octobre 1959

MEYER A.

Mécanisme et causes du PNO spontané.
Ent. de Bichat, méd. 1961

MEYER A., BRUNEL M. et GELIN J.

Sur 1 cas d'hémopneumothorax spontané.
Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 70
n°13 1954

- MEYER A., BRUNEL M. et GELIN J.
L'hémopneumothorax spontané.
J. Franç. Méd. Chi. Thor. 8 n°4 1954
- MEYER A., NICO J.P. et CARRAUD J.
Le PNO spontané non tuberculeux de
l'adulte et son traitement.
Masson Ed. 1958
- MOLINA C., MIGUERES J. et DALET R.
Les aspects du PNO spontané en milieu
Nord-Africain.
Sem. Hôp. Paris 26 mars 1956
- MORERE P. et BIES A.
Les PNO spontanés latents.
J. Pn.-Pht. Afr. du Nord n°3 1952
- NASHIMOTO I. et MASAYOSHI F.
1 cas de PNO spontané chez un travail-
leur en caisson.
Maroc Méd. n°432 1961
- NAUD et Coll.
PNO spontané du nourrisson sans épan-
chement liquidien d'évolution rapide-
ment favorable.
Arch. F. Ped. 11 n°10 1954
J. Méd. Bordeaux 131 - n°8 août 1954
- PALEY et EVEILLARD C.
Maladie de Hans-Schuller-Christian
avec participation pulmonaire impor-
tante et PNO spontané.
J. Fr. Méd. Chi. Thor. n°3 1960
- PIERRE-BOURGEOIS
Le PNO spontané bénin.
Cah. Coll. Méd. Hôp. Paris, n°3 -
mars 1960

POGGI F.

Le PNO spontané idiopathique bénin.
Thèse Marseille 1952

PRUVOST

Article in Encyclopédie Méd. Chir.
Revue du Praticien : PNO spontané
9 - n°26 11 oct. 1959

ROCCO L., DI GIACOMO B. et EVA

PNO spontané de la première enfance.
Acta Ped. Lat. 2 n°2 mars-avril 1958

SEVIN P.M.

Contribution à l'étude du PNO chez
l'enfant (à propos d'1 cas de PNO
bilatéral du nourrisson).
Thèse Paris 1954

TAHAR L.

PNO spontané après bronchoscopie.
J. Pn-Pht. Afr. du N. n°3-4 1960

THIODET J.

PNO spontané localisé chez un asthma-
tique.
Algérie Méd. n°9 septembre 1956

THOMERET G.

Le PNO idiopathique. Etude anatomo-
clinique.
Presse Méd. n°33 - 4 juillet 1959

THOMERET G.

Le PNO idiopathique - Problème thé-
rapeutique.
Presse Méd. n°45 - 30 septembre 1959

TISSIER M., TAUZIN J., CHICOU J. et BAUDONNARD

PNO spontané (2 cas) au cours d'une
distomatose des voies biliaires à fas-
ciola hepatica.
Maroc Méd. 34 n°359 1959

TURIAF J. et MARLAND P.

Pleuropneumopathies et hydropneumo-
thorax à cellules éosinophiles au
cours des équivalents asthmatiques.
Le Poumon et le Coeur n°5 mai 1959

TURIAF J., MARLAND P. et MATHIEU H.

PNO, emphyseme médiastinal et emphy-
seme sous-cutané spontanés chez
l'asthmatique.
J. Franç. Méd. Chir. Thor. 10 n°2
10 février 1956

VIDAL, CAVALIER, PLANE et RIOUX

La symphyse pleurale par pulvérisation
de kaolin.
Le Poumon et le Coeur - 11 - n°7
août-septembre 1955.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

